**ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, <NOME COMPLETO DO CANDIDATO>, documento de identidade no <NÚMERO RG>, CPF no <NÚMERO CPF>, abaixo identificado/a, declaro que estou apto/a a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no Edital do Processo seletivo do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão do IFMG.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo laudo médico anexo, emitido por:

<NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL> - <CRM DO PROFISSIONAL>.

Identificação da deficiência: CID no <DE ACORDO COM O LAUDO MÉDICO>.

Estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula no curso supracitado, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

A seguir, registro informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva que me serão necessários no acompanhamento das atividades acadêmicas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificação do (a) assinante:

( ) Candidato com deficiência

( ) Procurador(a) devidamente identificado/a

Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura